

# Comorbidités du psoriasis

## Screening du risque



### Données patient à collecter

Date : Taille (m) : Âge : Tabac (paquet-année) : Sexe : Alcool(gr/j) : Poids (kg) : 

Facteurs de risque	Valeurs du patient	Valeurs cibles
<p><b>Pression artérielle</b> Dépistage de l'HTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient de 18 à 39 ans, sans facteur de risque, et pression artérielle &lt;130/85 mmHg → <b>Dépistage tous les 3 à 5 ans</b></li> <li>• Patient &gt; 40 ans et patient à risque accru d'hypertension (PA 130-139/85-89 mmHg, surpoids/obésité, peau noire) → <b>Dépistage annuel</b></li> </ul>	<input type="text"/>	<p><b>Normale &lt; 120 mmHg et &lt; 80 mmHg</b> Elevée : 120-129 mmHg et &lt; 80 mmHg <b>Hypertension niveau 1</b> : 130-139 mmHg ou 80-90 mmHg <b>Hypertension niveau 2</b> : ≥140 mmHg ou ≥90 mmHg</p>
<p><b>Obésité</b> → <b>Dépistage 1 fois/an</b></p>	<input type="text"/>	<p><b>IMC [Poids/(Taille)<sup>2</sup>]</b> <b>Normal : 18.5-24.9</b> <b>Surpoids : 25.0-29.9</b> <b>Obésité classe I</b> : 30.0-34.9 <b>Obésité classe II</b> : 35.0-39.9 <b>Obésité classe III</b> : ≥40.0</p>
<p><b>Syndrome métabolique</b></p>	<input type="text"/>	<p><b>Lorsqu'un patient présente au moins 3 des 5 facteurs suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Périmètre abdominal &gt;88 cm pour la femme ou &gt;102 cm chez l'homme</li> <li>• PA &gt;130/85 mmHg</li> <li>• Triglycérides à jeun &gt;150 mg/dL</li> <li>• HDL cholestérol &lt;50 mg/dL pour la femme ou &lt;40 mg/dL chez l'homme</li> <li>• Glycémie à jeun ≥ 100 mg/mL</li> </ul>

**Rhumatisme psoriasique**

→ Dépistage à chaque visite

Interroger le patient sur d'éventuelles atteintes musculo-squelettiques (raideurs matinales des articulations, gonflements...)

**SIGNES AUXQUELS ETRE ATTENTIF POUR IDENTIFIER UN RHUMATISME PSORIASIQUE\***

Symptôme	Question	Réponse	
		Oui	Non
Douleurs articulaires inflammatoires des-mains, doigts, poignets, épaules, genoux, pieds	Vous réveillez-vous la nuit à cause de douleurs articulaires ?		
	Souffrez-vous d'une raideur matinale de votre corps ?		
	Avez-vous déjà eu des articulations gonflées ?		
Douleurs articulaires inflammatoires du dos	Vous réveillez-vous la nuit à cause de douleurs articulaires ?		
	Souffrez-vous d'une raideur matinale de votre corps ?		
Dactylites	Avez-vous déjà eu un doigt douloureux et gonflé (« en saucisse ») ?		
Douleurs inflammatoires aux fessiers ou douleur sciatique	Avez-vous déjà eu des douleurs inexpliquées au niveau des fesses ?		
	Vous a-t-on déjà diagnostiqué une sciatique ?		

\*Ces questions sont issues d'un consensus d'experts dermatologues et rhumatologues<sup>1</sup>. Elles vous permettront de reconnaître la plupart des signes et symptômes auxquels rester attentif chez un patient souffrant de psoriasis.

**Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**

Questionner le patient sur d'éventuels signes et symptômes d'une pathologie intestinale<sup>2</sup>

- Diarrhée chronique (> 4 semaines)
- Présence de sang dans les selles
- Douleur ou saignement rectal
- Besoin impérieux d'aller à la selle
- Tenesme rectal
- Crampes abdominales chroniques (> 4 semaines)

**Diarrhée** : émission ≥ 3 selles molles ou liquides par jour, ou a une fréquence anormale pour l'individu<sup>3</sup>

**Santé mentale<sup>2</sup>**

Questionner le patient sur d'éventuels signes et symptômes d'anxiété et de dépression

**Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) (voir annexe 1)**

Possible trouble émotionnel si :

- HAD-A ≥ 8 et/ou
- HAD-D ≥ 8

**Qualité de vie<sup>4</sup>**

Sensibiliser le patient au risque d'altération de sa qualité de vie / Questionner la qualité de vie du patient

**Questionnaire DLQI (voir annexe 2)**

**Un score DLQI > 10 indique une altération forte de la qualité de vie du patient**

1. Villani *et al.* JEADV 2014, 28 (Suppl. 5), 27-32

2. Dauden *et al.* JEADV 2018, 32, 2058-2073

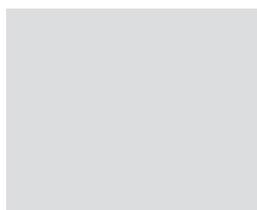
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Diarrhée. Disponible à l'adresse : [www.who.int/topics/diarrhoea/fr](http://www.who.int/topics/diarrhoea/fr)

4. A.Y Finlay. BJD 2005 152; pp861-867

## Facteurs de risque

## Valeurs du patient

## Valeurs cibles

Alcool<sup>5</sup>

Utilisation recommandée du questionnaire CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) si :

- Consommation quotidienne
- Initiation d'un traitement hépatotoxique

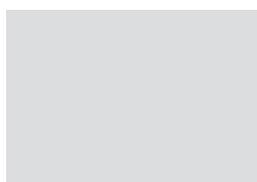
## Questionnaire CAGE

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
  2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
  3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
  4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?
- Suspicion de problème de consommation d'alcool si CAGE  $\geq 2$

## Glycémie

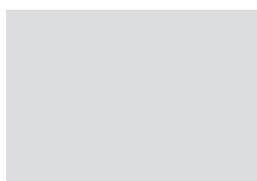
Dépistage du diabète

- Chez l'adulte, entre 40 et 70 ans avec un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>  
→ Dépistage tous les 3 ans
- Chez le patient sans facteur de risque, dépistage recommandé à partir de 45 ans  
→ Dépistage tous les 3 ans



Critères pour initier un bilan pour suspicion de diabète

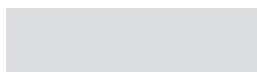
- Hémoglobine A1C  $\geq 6.5\%$
- Glycémie à jeûn  $\geq 126$  mg/dL (7 mmol/L)
- Glycémie non à jeûn  $\geq 200$  mg/dL (11.1 mmol/L) et polyurie, polydipsie, polyphagie, ou perte de poids

Lipides sanguins<sup>6</sup>

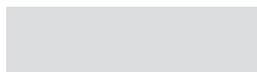
LDL-C < 1.9 g/L si risque cardiovasculaire faible  
LDL-C < 1.3 g/L si risque cardiovasculaire modéré  
LDL-C < 1.0 g/L si risque cardiovasculaire élevé

HDL-C < 0.4 g/L chez l'homme  
< 0.5 g/L chez la femme

Triglycérides < 1.5 g/L

Bilan hépatique<sup>7</sup>

ALAT-ASAT : 5-35 UI/L  
gammaGT : 8-35 UI/L

Bilan rénal<sup>8,9</sup>

DFG  $\geq 90$  (mL/min/1,73 m<sup>2</sup>)  
Bandelette urinaire négative

5. Dauden et al. JEADV 2018, 32, 2058-2073 - Questionnaire CAGE disponible sur le site HAS [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_questionnaire\\_cage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf)

6. HAS - Synthèse fiche mémo Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge Février 2017

7. Actualités pharmaceutiques Volume 54, n° 544 pages 59-61 (mars 2015)

8. Source HAS - Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique

9. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3:1-150.

# Annexe 1 (1/2)

## Échelle HAD(Hospital Anxiety and Depression scale)

### Anxiété

- 1** Je me sens tendu ou énervé.
- 0 Jamais.
  - 1 De temps en temps.
  - 2 Souvent.
  - 3 La plupart du temps.
- 2** J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.
- 0 Pas du tout.
  - 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
  - 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
  - 3 Oui, très nettement.
- 3** Je me fais du souci.
- 0 Très occasionnellement.
  - 1 Occasionnellement.
  - 2 Assez souvent.
  - 3 Très souvent.
- 4** Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.
- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
  - 1 Oui, en général.
  - 2 Rarement.
  - 3 Jamais.
- 5** J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.
- 0 Jamais.
  - 1 Parfois.
  - 2 Assez souvent.
  - 3 Très souvent.
- 6** J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.
- 0 Pas du tout.
  - 1 Pas tellement.
  - 2 Un peu.
  - 3 Oui, c'est tout à fait le cas.
- 7** J'éprouve des sensations soudaines de panique.
- 0 Jamais.
  - 1 Pas très souvent.
  - 2 Assez souvent.
  - 3 Vraiment très souvent.

# Annexe 1 (2/2)

## Échelle HAD(Hospital Anxiety and Depression scale)

### Dépression

- 8** Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.
- 0 Oui, tout autant.
  - 1 Pas autant.
  - 2 Un peu seulement.
  - 3 Presque plus.
- 9** Je ris facilement et vois le bon côté des choses.
- 0 Autant que par le passé.
  - 1 Plus autant qu'avant.
  - 2 Vraiment moins qu'avant.
  - 3 Plus du tout.
- 10** Je suis de bonne humeur.
- 0 La plupart du temps.
  - 1 Assez souvent.
  - 2 Rarement.
  - 3 Jamais.
- 11** J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.
- 0 Jamais.
  - 1 Parfois.
  - 2 Très souvent.
  - 3 Presque toujours.
- 12** Je me m'intéresse plus à mon apparence.
- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
  - 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
  - 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
  - 3 Plus du tout.
- 13** Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.
- 0 Autant qu'avant.
  - 1 Un peu moins qu'avant.
  - 2 Bien moins qu'avant.
  - 3 Presque jamais.
- 14** Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.
- 0 Souvent.
  - 1 Parfois.
  - 2 Rarement.
  - 3 Très rarement.

### Scores

Additionnez les points des réponses 1 à 7 : Total HAD-A=

Additionnez les points des réponses 8 à 14 : Total HAD-D=

## Annexe 2

### Questionnaire DLQI\*

#### QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE EN DERMATOLOGIE (DLQI)<sup>®</sup>

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie  
AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS. Veuillez cocher  une case par question.

<b>1</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e)/gratté(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	
<b>2</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	
<b>3</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>4</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>5</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>6</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>7</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> 3 Non <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
	<b>Si la réponse est "non" : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) ?</b>	Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	
<b>8</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>9</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>10</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0

**Veuillez vérifier que vous avez bien répondu à CHAQUE question. Merci.**

© Dermatology Life Quality Index. AY Finlay, GK Khan, April 1992. www.dermatology.org.uk  
Toute reproduction, même partielle, de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.